

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S VÝKONEM

Jméno a příjmení pacienta:	
Rodné číslo pacienta:	
Oddělení:	Centrum péče o zažívací trakt - Endoskopie
Zákonný zástupce:	
Rodné číslo zákonného zástupce:	

Typ výkonu**Perkutánní biopsie / Aspirační cytologie****INFORMACE O POVAZE ONEMOCNĚNÍ NEBO VÝKONU****Účel výkonu a jeho průběh:**

Indikací k výkonu je stanovení histologické nebo cytologické diagnózy.

Cílem je odebrání vzorků tkáně k histologickému či cytologickému vyšetření nebo aspirace tekutiny.

Průběh výkonu:

Odběr tkáně je prováděn automatickou řezací jehlou ze zájmové oblasti (tkáně, orgánu, dutiny apod.).

Místo odběru je přesně zaměřeno (navigováno) pomocí CT, ultrazvuku nebo méně často pod RTG kontrolou.

Výkon probíhá v místním znecitlivění za aktivní spolupráce nemocného.

Rizika a možné důsledky výkonu:

- Krvácení do podkoží - hematom
- Krvácení do tkáně v okolí odběru
- Krvácení do dutiny břišní, hrudní nebo retroperitonea s možnými důsledky hemoragického šoku a následnou chirurgickou revizí
- Pneumothorax (při biopsii plic)
- Poranění velkých cév
- Tvorba nepravé cévní výdutě
- Vytvoření tepenně-žilní píštěle
- Poranění jiného než cílového orgánu
- U pacientek s implantáty vzácně hrozí iatrogenní poškození implantátu

Pokud je výjimečně nutné podat kontrastní látku - vznik alergoidní reakce na jód různého stupně až po vznik anafylaktického šoku s možným důsledkem i smrti.

Riziko spojené s ionizujícím (rentgenovým) zářením:

Ionizující záření má negativní účinky na člověka a živé organismy. Navozuje v živé hmotě řadu změn vedoucích k poškození struktur živé hmoty. Radiodiagnostické výkony jsou prováděny erudovaným personálem. Při vyšetření je postupováno tak, aby dávka ionizujícího záření byla co nejnížší v poměru zachování kvality vyšetření. Pravidelně je prověřován stav RTG přístrojů, které musí splňovat přísné normy. Jsou používány ochranné prostředky k vykrytí citlivých partií mimo zájmovou oblast vyšetření. Obdržené dávky při vyšetření jsou sledovány a zaznamenávány.

Alternativy výkonu:

Jestliže nelze stanovit diagnózu jiným způsobem, je perkutánní biopsie nebo aspirace konečným řešením.

Alternativní přístupy spadají již do kompetencí chirurga a ta jsou více náročná.

Rizika výkonů jsou zcela minimální - výkon provádí erudovaný odborník a pacient je předem připraven a vyšetřen, zejména na poruchy krevní srážlivosti či krvácivosti.

Léčebný režim a preventivní opatření:

Nápadná změna stavu je indikací k chirurgickému konziliu a je informován i radiolog, který výkon prováděl.

Možná omezení způsobu života a pracovní schopnosti:

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S VÝKONEM

Perkutánní biopsie / Aspirační cytologie

Dat. nar.:

Kód poj.:

Č. poj.:

24 hodin klid na lůžku (důležité u hlubokých orgánových punkcí).

24 hodin je sledován celkový stav nemocného zahrnující životní funkce – dýchání, krevní tlak a puls, sleduje se fyzikální nález na břiše event. hrudníku (intervaly jsou zpočátku co 3 hodiny, po 12-ti hodinách pak co 6 hodin).

Prvních 6 hodin je vyloučen příjem tuhé stravy ústy, dále jen tekutiny do 24 hodin od výkonu.

SPECIÁLNÍ INFORMACE

PROHLÁŠENÍ PACIENTA / ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE / OPATROVNÍKA

Byl jsem lékařem srozumitelným způsobem informován o zdravotním výkonu v rozsahu výše uvedeném. Měl jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy, které mi byly srozumitelně zodpovězeny. Na základě podaných informací **uděluji s výkonem souhlas**.

Prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví, souhlasím s tím, aby byly tyto zákroky provedeny.

Jsem si vědom toho, že pokud změním své stanovisko, mohu svůj souhlas písemně odvolat.

ZDRAVOTNICKÝ PRACOVNÍK/PRACOVNICE, KTERÝ/Á POUČENÍ POSKYTL/A

V

Datum a čas:

.....
Podpis pacienta / zákonného zástupce.....
jmenovka, podpis lékaře

Pacient se nemůže podepsat z těchto důvodů (např. úraz ruky):

Souhlas projevil takto:

Svědék (jméno, příjmení, popř. jmenovka, podpis):

.....
Podpis svědka/svědků